

TYSNES KOMMUNE

Helse- og sosialkontoret

5685 UGGDAL

Telefon 53 43 70 60

Telefaks 53 43 70 61

SØKNAD OM PLEIE- OG OMSORGSTENESTER**Søknaden gjeld:**

Heimehjelp	<input type="checkbox"/>	Plass i sjukeheim	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbustad	<input type="checkbox"/>
Omsorgsløn	<input type="checkbox"/>	Korttidsopphald	<input type="checkbox"/>	Trygdebustad	<input type="checkbox"/>
Heimesjukepleie	<input type="checkbox"/>	Dagopphald	<input type="checkbox"/>	Plass i bu- og omsorgssenter	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk helseteneste	<input type="checkbox"/>	Anna	<input type="checkbox"/>		

Personalialia:

Søkjær sitt namn _____ f.nr _____

Adresse: _____ tlf.nr. _____

Gift/sambuar Enke/enkemann Ugift/einsleg

Ektefelle/sambuar _____ f.nr. _____

Adresse: _____ tlf.nr. _____

Næraste pårørende:

Namn _____ slektskap _____

Adresse: _____ tlf.nr. _____

Helsetilhøve:

Fast lege: _____ tlf.nr. _____

Bustadtilhøve:

Bur åleine Med ektefelle Eigen bustad

Omfang av søkte tenester:

Heimehjelp – tal timar/veke _____

Matlaging Innkjøp Reingjering Klesvask
Anna

Heimesjukepleie – til kva _____

Omsorgsløn – omfang _____

Korttidsopphald – tidsrom _____

Dagopphald – tal dagar pr. veke _____

Grunn for søknaden:

Økonomi:

Brutto pensjon pr. år: _____

Formueinntekter (renter): _____

Andre inntekter: _____

Skatt: _____

Gjeldsrenter: _____

Opplysningane om dei økonomiske tilhøva er gjevne etter beste skjønn. Eg gjev helse- og sosialkontoret fullmakt til å henta inn opplysningar om mine økonomiske tilhøve hos trygdekontor og likningskontor.

Stad/dato _____ Underskrift _____

Eg samtykkjer i at pleie- og omsorgsavdelinga kan samarbeide med andre avdelingar til beste for mi helse. Samtykke gjeld til eg skriftleg trekkjer det tilbake jfr. Helsepersonellova § 22 og Lov om pasientrettigheter § 3-6.

Stad/dato _____ Underskrift _____